

건강보험 혜택 범위 권리와 책임

귀하의 권리

건강보험 프로그램 전반에 대한 사항

요청 받은 양식을 읽고 작성할 때 도움 받을 권리.
도움이 필요하면 위성던주 Healthplanfinder에 연락하십시오.

통역사 또는 번역사를 제공받을 권리. 위성던주 Healthplanfinder는 귀하의 원활한 의사 소통을 위해 통역사 또는 번역사를 무료로 자체 없이 제공해야 합니다.

개인정보를 비밀로 유지. 하지만 저희는 참여 자격 결정을 위해 일부 정보를 다른 주 기관 및 연방 기관과 공유할 수 있습니다. **가입자에게 항소 기회 제공.** 위성던주 Healthplanfinder 이용 시 귀하의 건강 보험 자격 결정이나 건강 보험금 세금 공제, 분담 비용 감액에 대한 수혜자격에 영향을 미치는 결정에 동의하지 않을 경우 항소를 신청할 수 있습니다. 항소를 신청하면 귀하의 사례를 검토하게 됩니다. Healthplanfinder 항소 절차에 관한 상세 정보는 <http://wahlbexchange.org/appeals/> 의 Healthplanfinder Appeals Page에서 확인하거나 1-855-923-4633를 통하여 Healthplanfinder 고객지원 센터에 연락하십시오.

항소가 Washington Apple Health 보험혜택에 대한 결정안이고 사례 검토를 통해 해결되지 않았을 경우 행정심의회를 실시하게 됩니다.

공평한 대우. 귀하의 인종이나 피부색, 정치적 신념, 출신 국적, 종교, 연령, 성별(성 정체성 및 성적 고정관념 포함), 성적 지향성, 장애, 퇴역 군인이나 병역 상태, 출생지 등에 관계 없이 공정하게 대우합니다. 차별행위에 대한 불만을 제기하실 경우 다음의 연락처로 미국 보건복지부(Department of Health and Human Services)에 연락하여 주십시오.

- <http://www.hhs.gov/ocr/civilrights/complaints> 또는
- Regional Manager, Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services,
2201 Sixth Ave. – M/S: RX-11
Seattle, WA 98121-1831
전화 800-368-1019
팩스 : 206-615-2297
TDD 800-537-7697.

귀하의 책임

건강보험 프로그램 전반에 대한 사항

SSN 및 이민자 신분 공개. 몇 가지 예외를 제외하고 귀하께서는 본인이나 건강보험 신청을 원하는 가족의 사회보장번호(SSN)나 이민서류번호를 제공해야 합니다. SSN은 건강보험금 세금 공제를 신청하는데 필요합니다. 저희는 이 정보를 이용하여 귀하의 신원과 시민권, 이민 신분, 출생일, 기타 건강보험 가입 가능여부를 확인하여 귀하의 수혜자격을 결정합니다. 저희는 이 정보를 이민 기관과 공유하지 않습니다.

귀하 가족의 보험을 신청할 수는 있지만 타인의 보험을 신청할 수는 없습니다. 모든 가족의 SSN이나 이민서류 번호가 없는 경우에는 타인이 신청하여 보험을 받으실 수 있습니다. Washington Apple Health 프로그램에는 합법적으로 국내에 거주하고 있음을 입증하지 못하는 사람을 위한 프로그램도 있습니다. 하지만 가족의 SSN이나 이민서류 번호를 제공하지 않으시면 저희는 후속조치를 취하여 미신청자의 소득 정보를 구해야 합니다.

해당 기관에서 요청할 경우 정보를 제공할 의무. 귀하의 수혜자격을 결정하는데 필요한 정보나 증빙 서류를 제공해야 합니다.

모든 유효 건강플랜에 대해

건강보험 프로그램 전반에 대한 사항

관련 주법 및 연방법. 위성던주 Healthplanfinder 운영, 위성던주 Healthplanfinder의 가입자로서의 권리와 의무 및 위성던주 Healthplanfinder를 통해 받는 보험혜택 등에는 준수해야 할 관련 주법과 연방법이 있습니다. 위성던주 Healthplanfinder를 이용하는 경우 이 웹사이트 사용자에게 적용될 수 있는 이들 법률을 준수하고 그 요건에 따라 보험혜택을 받는 것에 동의하는 것입니다.

1973년 전국유권자등록법(National Voter Registration Act of 1993)

모든 주(州)는 이 법에 따라 각 주의 대민지원기관을 통해 유권자등록을 지원할 의무가 있습니다. 투표를 하기 위해 등록을 하거나 투표 등록을 거절한다고 해서 본 기관에서 제공하는 서비스나 혜택에 영향을 미치지는 않습니다. 투표 등록은 www.vote.wa.gov에서 하시거나 **1-800-448-4881**로 전화하여 투표 등록 양식을 요청하실 수 있습니다. 건강보험 이전과 책임에 관한 법(**Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA**) 제한조건에 따라 건강보험기관(Washington Apple Health)은 대리인이 위임장을 가지고 있거나 귀하께서 본 정보 공개를 승인하는 동의서에 서명하지 않는 한 귀하나 귀하의 가족 구성원에 관한 건강 정보를 대리인을 비롯한 누구와도 공유할 수 없습니다. 건강정보에는 정신건강정보, HIV, AIDS 및 STD(성병) 검사 결과 또는 치료 및 화학물 의존 치료에 대한 공개 등이 포함됩니다.

건강보험법(The Affordable Care Act)에 따라 Washington Healthplanfinder는 귀하 또는 귀하 가족 구성원의 개인식별정보(PII)를 귀하의 동의 없이 해당 정보를 받을 수 있도록 승인되지 않은 사람과 공유할 수 없습니다.

귀하께서 **Washington Healthplanfinder**에 제공하신 정보는 귀하의 건강보험 자격을 결정하기 위해 연방 및 주 관리의 검증을 받습니다. 검증 시, 해당 기관의 직원이 추후 연락할 수 있습니다.

Healthplanfinder 건강보험 가입 신청서를 작성하기 시작하였지만 어떤 이유로 모든 가입 절차를 끝내지 않은 경우 귀하의 정보는 **Healthplanfinder**에 보관되며 90일간 접속할 수 있습니다. 90일 이내에 가입 신청서 작성률 끝내지 않으면 기입한 귀하의 정보는 **Healthplanfinder** 시스템에서 삭제됩니다.

워싱턴주 **Healthplanfinder**는 귀하의 건강보험플랜을 관리할 책임이 없습니다. 귀하의 건강보험사에서 보험혜택에 관한 상세 정보를 제공할 수 있습니다. 귀하가 받을 수 있는 보험혜택, 귀하의 플랜에 따른 가입자 부담금 및 보험혜택 클레임 또는 거절된 보험혜택 항소 등을 비롯하여, 귀하의 건강보험플랜 이용약관에 관한 질문은 귀하가 선정한 건강보험사에 연락해야 합니다. **Healthplanfinder**를 통해 구매한 건강보험혜택이 종료된 후 **COBRA**(기존 직장의 의료보험) 가입자격이 있을 경우, 귀하에게 **COBRA** 보험을 제공하고 필요한 **COBRA** 보험 서류 및 선택 기간을 제공하는 일은 귀하고 용주(직장)의 책임입니다.

귀하가 선택한 건강보험사로부터 승인서 및 보험약관 또는 일명 보험계약서 또는 증서를 받기 전까지는 현재 가입되어 있는 건강보험을 취하하거나 **COBRA** 보험혜택 제의를 거절하지 마십시오. 보험 이용 약관을 잘 이해하고 이를 동의하는지 잘 확인하십시오. 그리고 유효일자와 대기기간, 보험료 금액, 보험혜택, 제한 혜택, 비보험 혜택 및 부가 조항 등을 잘 살펴보십시오.

아동지원부(DCS)를 통해 양육비 집행 서비스를 신청할 수 있습니다.
이 서비스 신청서를 구하려면 www.childsupportonline.wa.gov에서 또는 지역 DCS 사무소로 연락하십시오.

귀하의 권리

Washington Apple Health에 대한 내용

질문 시 귀하의 권리와 책임에 관한 설명

귀하께서 부분 신청을 제출할 수 있도록 허용. 최소한 귀하의 이름과 주소, 본인 서명이나 신청인이 인정한 대리인의 서명을 포함해야 합니다. 저희가 부분 신청을 받은 날이 귀하의 신청일이 되며 이 날짜는 귀하의 보험 효력일에 영향을 미칩니다. 저희는 귀하께서 신청을 완료하실 때까지 귀하의 보험 보장에 대한 최종 결정을 내리지 않습니다.

신청이나 부분 신청 제출 허용. WAC 182-503-0010에 열거된 방법을 통해 신청하실 수 있습니다.

즉시 신청 처리. WAC 182-503-0060에 규정된 일정 이내에 처리합니다.

10일간의 정보 제공 기간을 받을 권리. 우리는 귀하가 자격 결정을 내리는데 필요한 정보를 제공하는데 10일간의 기간을 허용해야 할 의무가 있습니다. 귀하께서 시간을 더 요청하실 경우 시간을 더 드립니다. 귀하께서 정보를 제공하지 않으시거나 시간을 더 요청하실 경우 저희는 귀하의 건강보험을 거부하거나 폐쇄, 변경할 수 있습니다.

도움 제공. 귀하의 수혜자격을 결정하는데 필요한 정보나 증거를 구비하시기가 어려울 경우 도움을 제공합니다. 저희가 요구하는 증빙서류를 획득하는데 돈이 들 경우 저희가 대신 해당 증빙서류를 신청하고 돈을 지불할 수 있습니다.

대부분의 경우 최소한 10일 전에 통보 받을 권리. 우리는 귀하의 보험혜택을 줄이거나 중단하기에 앞서 최소한 10일 전에 그 사실을 귀하에게 통보해야 합니다.

결정 사항을 서면으로 제공받을 권리. 대부분의 경우, 30일 이내에 결정 서신을 제공해 드립니다. 건강보험혜택 및 일부 장애인 사례는 45일 ~ 60일이 걸릴 수도 있습니다. 저희는 임신 의료에 대한 서면 결정을 15일 이내에 제공합니다.

진술을 거부할 권리. 저희가 귀하의 사례를 조사할 때 조사관에게 진술을 거부하실 수 있습니다. 조사관이 집안으로 들어오는 것을 원하지 않으면 거절할 수 있으며, 다른 시기 대에 다시 방문해 줄 것을 요청할 수 있습니다. 이러한 일은 귀하의 수혜자격에 아무런 영향을 주지 않습니다.

Washington Apple Health 보험혜택을 계속 이용할 권리. WAC 182-504-0125에 따라 다른 프로그램에 대한 귀하의 수혜자격을 결정하는 동안 이 보험혜택을 계속 받을 수 있습니다.

동등하게 서비스를 이용할 권리 WAC 182-503-0120에 따라 귀하께서 자격을 가진 서비스를 동등하게 이용하실 수 있습니다.

귀하의 책임

Washington Apple Health에 대한 내용

변경사항을 통보할 의무. 변경 사항이 있을 경우 WAC 182-504-0105 및 WAC 182-504-0110에 따라 30일 이내에 통보해야 합니다.

갱신을 완료할 의무. 요청 시 갱신을 완료해야 합니다.

의료 제공자 정보를 제공할 의무. 건강보험 서비스 대금을 청구하는데 필요한 의료 제공자 정보를 제공해야 합니다.

Medicare 신청 의무. Medicare 자격이 있는 경우 이를 신청해야 합니다.

수혜품질보장 검토절차에 협조할 의무. 수혜품질보장 검토 직원이 하는 질문에 협조할 의무가 있습니다.

합당히 노력할 의무. Washington Apple Health 보험혜택을 신청하거나 수령할 때, 다른 기관으로부터 받을 수 있는 혜택도 신청하고 받을 수 있도록 합당한 노력을 기울여야 합니다.

Washington Apple Health에 대해 알아야 할 사항

Washington Apple Health 의료혜택을 신청하여 수혜하는 사람은 모든 의료지원이나 건강관리를 위해 제삼자가 지불하는 지불금에 대한 당사자의 권리를 위성던주 정부에 양도하는 것입니다.

예방접종 내역 제공. 당 기관은 귀자녀의 예방접종내역을 아동프로필 예방접종 추적시스템(Child Profile Immunization Tracking System)에 제공할 수 있습니다.

제공 정보. 귀하가 제공하는 정보는 건강보험혜택, 현금보조금, 식품지원 및 탁아 보조금 프로그램 등에 대한 귀하의 수혜자격과 월보조금을 결정하기 위해 DSHS에 제공될 수도 있습니다.

법(RCW 41.05A.090 및 WAC 182-527)에 따라 55세 이상으로서 Washington Apple Health 서비스를 받는 사람의 경우, 보건국(HCA)은 요양원 간호 또는 장기

요양 보호 서비스와 같은 의료 지원 비용을 HCA에 다시 상환하기 위해 귀하의 자산(사망 시 귀하의 소유 재산)을 회수해 갈 수 있습니다. (HCA는 주정부 기금으로 제공한 장기 요양 보호 서비스 비용을 연령에 상관없이 회수할 수 있습니다.) 이는 자산 회수라 합니다. WAC 182-527-2740 및 WAC 182-527-2742에서 자산 회수의 대상이 되는 건강 보험의 유형을 모두 확인하실 수 있습니다.

자산 회수는 귀하 및 생존하고 있는 배우자(있는 경우)가 사망하기까지 발생하지 않습니다. 저희는 또한 42 U.S. Code 1396p의 규정에 따라 사망 후 자산 회수를 위해 사망 전 유치권을 제출할 수 있습니다. 미국 인디언 및 알래스카 원주민 소속의 부족 토지나 일정 부동산은 이 자산 회수 대상에서 제외될 수도 있습니다(WAC 182-527-2754). 부양 상속인이 있을 경우 여러가지로 심히 곤란한 형편에 처해 있을 경우 자산회수를 늦출 수 있습니다.

의사, 약국, 병원 제한. 귀하가 여러 의사들에게 불필요한 의료서비스를 받으려고 할 경우, 한 명의 의사, 1개 약국 및/또는 병원으로 제한할 수 있습니다.

모든 유효 건강플랜에 대해 알아야 할 사항

Healthplanfinder를 통해 유효 건강플랜에 가입을 했지만 Healthplanfinder가 귀하의 플랜 구매 또는 저렴한 플랜 가입 자격을 확인하는데 필요한 정보를 충분히 제공하지 않거나, 귀하가 제공한 정보를 확인할 수 없을 경우, 90일 내에 위성던주 Healthplanfinder의 가입자격 요건에 필요한 추가 정보를 제공해야만 합니다. 이 때, Healthplanfinder의 직원에게 빠진 정보를 제공하고 일치하지 않는 내용이 있으면 이를 고쳐 가급적 빨리 귀하의 보험혜택과 관련 보험료가 유효하도록 해야 합니다.

Healthplanfinder를 통해 하나의 유효 건강플랜에 가입하고 귀하의 소득에 변경사항이 있으면 가능한 빨리 Healthplanfinder에 통보해야 합니다. 소득에 변경이 있으면 귀하에게 적용되는 조세 혜택 또는 분담 비용 감액 혜택에 변화가 있을 수도 있습니다. 또한 저렴한 건강플랜에 가입할 수 있는 자격이 있을 수도 있고, 귀하의 소득이 인상되었거나 변경사항을 보고하지 않을 경우 받으신 조세 혜택의 일부를 환불해야 할 수도 있습니다.

보험료 변경 가능. 건강보험사의 언더라이팅 프라티스(underwriting practices) 및 가입자가 이용할 수 있는 옵션 혜택 선택에 근거해 보험료는 변경될 수 있습니다. 최종 보험료는 항상 해당 건강보험사에서 결정합니다.

여기 나와 있는 보험료는 신청한 유효일자에
해당됩니다. 귀하가 요청한 발효일과 증권상
발효일이 다를 경우 보험료 인상, 보험사 증권 변경
및/또는 일부 가족 성원 연령 변화에 따라 증권상
실질 보험료가 상기 보험료와 달라질 수 있습니다.
(연령은 보험료 산정의 주된 요소입니다.) 귀하가
선택한 보험사가 보험료를 수시 변경할 수도
있습니다.

귀하는 워싱턴주 고용안전국에서 귀하의 급료 및
직업 정보를 워싱턴주 **Healthplanfinder**에 공개하는
것에 동의합니다. 귀하는 이에 동의함으로써
간단하게 Healthplanfinder 가입을 신청하고 재결정
절차를 할 수 있음을 인지합니다. 귀하의 개인
정보는 Healthplanfinder 개인정보 보호정책에
설명된 대로 보호될 것입니다.